FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

15

Année 1909 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 novembre 1909, à 1 heure.

PAR

M. Victor DAVID

Né à Bouchamps-lès-Craon (Mayenne), le 19 juin 1882

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien externe du Service ophtalmologique de Lariboisière et de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu

LE DÉLIRE POST-OPÉRATOIRE

CHEZ LES OPÉRÉS DE CATARACTE

Président : M. De LAPERSONNE, *Professeur.*

Juges : M. RAYMOND, M. G. BALLET, *Professeurs.* — M. CLAUDE, *agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS. SEGOND. DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.			
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RÉNON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE NANTES ET DE PARIS

A M. le Docteur MORAX

OPHTALMOLOGISTE DE LARIBOISIÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE DÉLIRE POST-OPÉRATOIRE

Chez les opérés de Cataracte

Au cours de l'année que nous avons passée comme externe dans le service d'ophtalmologie de M. le Dr Morax à l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de délire consécutifs à l'extraction de la cataracte. Sur les conseils de notre maître, nous avons entrepris l'étude de ce cas particulier des psychoses post-opératoires, psychoses d'un pronostic souvent favorable, mais qui parfois cependant peuvent compromettre gravement le résultat opératoire.

Acceptant la définition de Picqué (47) (1) dans la communication à la Société de Chirurgie de Paris en 1898, nous désignerons sous le nom de délire post-opératoire, « tout « trouble intellectuel survenant après une opération, « quelle que soit la forme ou l'origine réelle de ces phéno- « mènes psychiques ».

Nous envisageons ainsi la question dans toute son étendue pour pouvoir rechercher ensuite quelle part revient

(1) Numéro de l'Index bibliographique.

dans la production de ces délires à chacun des facteurs étiologiques que nous rencontrerons.

De nombreux travaux déjà ont été publiés sur le délire post-opératoire en général. Nous ne citerons que la thèse de Vène en 1891, celle de Marlier en 1897, celle de Truelle en 1898, où sont étudiés spécialement les psychoses qui suivent les opérations de Chirurgie générale.

Les auteurs ne parlent que par hasard des délires qui suivent les opérations oculaires et en particulier les opérations de cataracte. Pourtant, comme le fait remarquer Frankl-Hochwart, le délire après les opérations chirurgicales est relativement rare en comparaison de sa fréquence après les opérations oculaires, fait d'autant plus remarquable, qu'un bien plus petit nombre de malades passent entre les mains de l'ophtalmologiste qu'entre celles du chirurgien, et que les principaux éléments qui peuvent intervenir dans les opérations chirurgicales font ici défaut : l'anesthésie générale qu'on emploie rarement en ophtalmologie, la grande douleur avant et après l'opération, la fièvre, la septicémie, la cachexie. De même, si dans un ordre d'idées différent, on compare la dépression morale de l'opéré de chirurgie poursuivi par la pensée qu'il a perdu un bras, une jambe, à l'état d'âme de l'opéré de cataracte qui espère recouvrer la vue et que l'on voit le délire apparaître plus souvent chez le second que chez le premier, on conclura comme Frankl-Hochwart que l'œil présente une susceptibilité spéciale.

Quoiqu'il en soit, le délire après l'opération de la cataracte est fréquent, et sans vouloir en aucune sorte généraliser, il entre dans les statistiques pour une si grande part,

que pratiquement les délires post-opératoires ophtalmologiques sont des délires consécutifs à l'opération de la cataracte.

Nous exposerons d'abord l'historique de la question, puis les observations que nous avons recueillies dans le service ophtalmologique de Lariboisière, celle qu'a bien voulu nous communiquer M. le Professeur de Lapersonne et nous essayerons d'établir la symptomatologie et la pathogénie des délires chez les opérés de cataracte.

HISTORIQUE

C'est Dupuytren (16), qui, en 1819, décrivit le premier dans ses « Leçons orales de Clinique chirurgicale », un délire nerveux consécutif aux opérations en général, et qu'il appelait ainsi pour bien le distinguer du delirium tremens des alcooliques. Il cite alors avec deux ou trois autres opérations ayant entraîné du délire, un cas de cataracte opérée par abaissement.

En 1832, Dupuytren revient sur ce sujet et donne une magistrale description de ce délire nerveux. La voici en partie : « Si le soir, le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation, ou d'une opération quelconque, le malade paraît dans un état de gaité surnaturelle, s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires, s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles, tenez-vous sur vos gardes.

« Bientôt, il se manifeste une singulière confusion d'idées, sur les lieux, les personnes et les choses. Le malade en proie à l'insomnie est ordinairement dominé par une idée plus ou moins fixe, mais toujours en rapport avec sa profession, ses passions, ses goûts, son âge, son sexe ; il se livre à une jactation continuelle. Les parties supé-

rieures de son corps sont couvertes d'une sueur abondante, les yeux deviennent brillants, injectés, la face s'anime, se colore et il profère avec une loquacité extraordinaire des paroles menaçantes, des vociférations effrayantes.

« Malgré l'apparente gravité de ces symptômes, le pouls est tranquille et calme, n'éprouve d'autre altération que celle que détermine le désordre des mouvements. Il n'y a pas de fièvre. Les fonctions excrémentitielles s'exécutent avec leur régularité accoutumée; mais l'appétit est nul, et au bout de deux, quatre, cinq jours, cette affection se termine par la mort, mais beaucoup plus souvent par la guérison.

« Si cette heureuse terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans crise apparente et aussi brusquement que le désordre a commencé. Un sommeil profond s'empare du malade, puis il se réveille en pleine raison sans souvenir du passé. Plus faible à chaque récidive, ce délire peut se renouveler deux à trois fois après un ou deux jours de rémission. »

Et dans le même article, il cite deux nouveaux cas de délire nerveux après l'opération de la cataracte par kératonyxis. Dans un de ces cas, chez une femme de 58 ans, le délire apparaît le quinzième jour et dure 3 jours, pour disparaître sans retour. Il considère comme prédisposés, les nerveux au cerveau ébranlé.

En 1833, Chaillou (10), dans sa thèse, reprend les idées de Dupuytren et démontre l'existence d'un délire nerveux distinct du délirium tremens des alcooliques, idée qui sera combattue par Broca et plus tard par Festal (19).

Esquirol semble avoir vu des cas de délire semblables, car il dit dans son livre que les opérations de cataracte peuvent être suivies de délire.

En 1842, Herzog publie un cas de délire après une opération de strabisme.

Mais, à part ces cas isolés, il faut attendre l'article publié par Sichel (58) en 1863. Il a observé, dit-il, sept à huit fois après l'extraction de la cataracte chez les vieillards, une espèce particulière de *délire non fébrile* causé uniquement par l'occlusion des paupières. Les malades ne savent plus où ils se trouvent, veulent se lever, arrachent leur pansement, insultent leur entourage. Ils ne présentent ni fièvre, ni symptômes de congestion cérébrale. Certains sont des alcooliques, d'autres n'en sont manifestement pas. Et Sichel remarque en terminant qu'il n'a jamais observé ce délire chez des individus de moins de soixante ans, ni après l'extraction pratiquée par une autre méthode que l'extraction à lambeau. Il rapporte trois cas de délire.

La même année Lanne (37) décrivit dans la *Gazette des Hôpitaux* deux cas semblables, qu'il assimile aux cas de délire nerveux de Dupuytren, l'un chez une femme sobre de 72 ans, opérée de cataracte par extraction, l'autre chez un octogénaire opéré par scléroticonyxis. Il fait remarquer que ce délire qui disparaît en général facilement, peut devenir grave.

En 1863, également, Magne (41), qui a observé lui aussi des délires après l'extraction de la cataracte, pense qu'il faut les attribuer à la diète souvent rigoureuse à laquelle sont soumis les opérés.

En même temps, Zehender (71) , en Allemagne, signale

deux cas semblables observés dans la Clinique de Jœger, et Borelli (6), en Italie, décrit un cas de délire nostalgique, chez un individu de 66 ans, opéré de cataracte; il signale nettement la prédisposition.

En 1865, Warlomont (67), apporte une observation assez caractéristique que nous allons résumer. Il s'agit d'un malade de 67 ans, atteint de cataracte lenticulaire et opéré sans incidents. Le délire débuta le soir de l'opération, dura toute la nuit et se calma le matin, ne laissant au malade aucun souvenir de ce qui s'était passé. On lui remet un pansement. A minuit nouvelle crise, qui ne cesse qu'à l'apparition du jour. Pendant six nuits consécutives, les mêmes crises se reproduisent, un peu moins violentes à partir du troisième jour, grâce à une légère dose d'opium et à une petite quantité de nourriture qu'on a fait prendre au malade. Il est vrai que Warlomont ajoute, que celui-ci n'est pas intelligent, qu'on le dit même « innocent ».

Jusqu'en 1879, on ne trouve qu'une observation de Chistolm (13), résumée dans les *Annales d'Oculistique* de 1874. Il s'agit d'un opéré de cataracte, âgé de 82 ans, qui délire le cinquième jour et pendant 48 heures, le délire cède au bromure de potassium combiné à la morphine.

En 1879, Schmidt Rimpler (57) publie un très curieux travail, sur le délire après l'occlusion des yeux, où il étudie l'influence étiologique de la cure d'obscurité.

A propos de l'observation d'une femme de 76 ans vivant sobrement, atteinte de cataracte double, prise d'un délire violent, à la suite de l'extraction d'un de ses cristallins, il se demande si ce délire n'est pas imputable à l'obscurité, où fut maintenue la malade, et le rapproche du délire

observé pendant la cure d'obscurité sans aucune opération.

Et à l'appui de cette hypothèse, il cite deux cas de délire survenus dans la chambre noire, l'un chez une paysanne de 57 ans, sobre et saine d'esprit, atteinte d'iritis syphilitique. Le délire apparu le surlendemain de son entrée, disparaît dès qu'on la transporte hors de la chambre noire. L'autre a trait à un jeune chevrier de 19 ans, atteint d'une choroïdite des deux yeux, et qu'on soumet à la cure d'obscurité et à l'atropine ; le lendemain de son entrée, il fait du délire accompagné d'hallucinations visuelles. Il est vrai que le malade buvait habituellement à jeun un verre d'eau-de-vie. On peut donc le considérer comme un alcoolique et l'opinion de Schmidt Rimpler s'en trouve d'autant plus affaiblie, qu'on peut aussi attribuer un certain rôle à l'atropine.

Quoiqu'il en soit, pour expliquer son délire d'obscurité accompagné d'hallucinations visuelles, Schmidt Rimpler met en avant une curieuse hypothèse. Il rappelle les expériences de Langendorff sur une grenouille, qu'il a rendue aveugle par la section des deux nerfs optiques, et qui se met à coasser quand on lui passe un doigt humide sur le dos, ce que ne fait jamais une grenouille saine ; et Langendorff en conclut, que chez la grenouille saine, le coassement ne se produit pas, parce qu'il est arrêté par une excitation apportée par les organes des sens, principalement par la vue De même, dit Schmidt Rimpler, dans le cerveau se développent des pensées, des images tout à fait indépendantes du monde extérieur. Physiologiquement un départ net, existe entre ces manifestations purement

psychiques et les images réelles grâce à l'action de contrôle de la vue. Que cette action cesse brusquement de s'exercer et apparaîtront le délire et les hallucinations. C'est ce qui se produit quand on applique un pansement occlusif sur les deux yeux après une opération, ou qu'on place des gens à vue faible dans une chambre noire, d'autant plus facilement, qu'on a presque toujours affaire à des vieillards présentant une certaine faiblesse d'esprit.

En 1880, Lössen et Fürstner (23), après l'observation d'un délire consécutif à une hystérectomie, citent plusieurs cas de folie à la suite d'opérations sur les yeux, ayant abouti à la cécité.

En 1881, Armaignac (2) cite un cas de délire bénin, après extraction de cataracte chez un homme de 76 ans, qui se souvenait de ses accès ; il se range à l'avis de Schmidt Rimpler quant à l'étiologie.

Cette même année Saltini, de Modane, publie quatre cas de délire post-opératoire qu'il attribue à une idiosyncrasie spéciale et que favorisent l'obscurité, la diète, l'inquiétude.

En 1883, le professeur Schnabel (56), qui avait déjà publié en 1880, de remarquables observations de délire post-opératoire, donne la statistique de sa clinique d'Innsbruch où de 1877 à 1882, il fit 183 extractions de cataracte et observa douze cas de délire consécutifs, soit 6,5 0/0. Dans la clinique Jœger à Vienne, sur 1500 opérés, il ne trouve plus que onze fois du délire, soit 0,75 0/0. Dans la moitié des cas les troubles apparurent pendant le jour, dans l'autre moitié pendant la nuit, dans quelques cas enfin, ils se développent après l'enlèvement du pansement occlu-

sif. Sur les causes de ce délire Schnabel s'exprime ainsi : « La légèreté des troubles de l'esprit, leur apparition « subite, leur disparition, autorisent bien à les attribuer « à des troubles de circulation dans des cerveaux atro- « phiés par la sénilité. Le décubitus dorsal, après l'o- « pération, l'agitation d'esprit chez les vieillards opérés, « favorisent l'hyperhémie cérébrale, tandis que le silence « profond, l'obscurité complète, provoquent le délire. » C'est la théorie de Durand Fardel (17) sur le délire aigu des vieillards.

Quant à l'influence de la cure d'obscurité soulevée par Schmidt Rimpler, Schnabel peut dire qu'elle n'a aucune valeur pour les vieillards opérés, parce que les psychoses apparaissent souvent longtemps après l'enlèvement du pansement, et parce que les délires chez les gens atteints de maladies des yeux sont tout à fait rares avant 50 ans, bien que le nombre des individus d'un âge moindre, placés dans la chambre noire soit considérable.

En 1885, Landesberg (36) publie deux nouvelles observations de délire chez des opérés de cataracte. Dans un cas, il s'agit d'un ouvrier de 65 ans bien portant et sobre, le délire apparaît le troisième jour et ne cède pas au chloral ; dans l'autre, d'une femme de 50 ans, sans antécédents, qui présente la deuxième nuit du délire avec mélancolie, hallucinations visuelles, manie furieuse, phénomènes qui cèdent à une injection d'hyosciamine. Landesberg ne voit aucune explication à ces faits, mais ne croit pas à l'influence de la perte ou de la suppression de la vision.

La même année, Hirschberg (32), qui avait déjà observé trois cas de délire sur cent extractions de cataracte chez des

vieillards, publie un cas de délire après iridectomie antiglaucomateuse chez un malade de 67 ans, non alcoolique. Le délire débute le lendemain de l'opération et persiste, bien qu'Hirschberg ait enlevé le pansement et prescrit un verre de vin, du chloral et un centigramme de morphine.

En 1887, Kretschmer (34) rapporte un cas de délire survenu chez un ouvrier de 39 ans, deux jours après l'extraction d'un cristallin cataracté et luxé, avec hernie de l'iris. Agitation, hallucinations, paroles confuses : délire aigu sur lequel le chloral n'a aucune action ; le calme ne revient que le matin. Après avoir cru à l'influence de l'obscurité, Kretschmer apprend que son malade a déjà eu un accès semblable à l'occasion d'une grave maladie.

La même année, Elschnig (18), de la clinique du professeur Schnabel, publia trois longs cas de délire, deux après extraction de cataracte, l'autre après grattage d'un ulcère de la cornée. Il se range à l'avis de son maître, mais s'élève contre la tendance à considérer le pronostic de ces délires comme toujours favorable.

En 1888, Becker (4) étudie ces délires et pense, comme Sichel, qu'ils sont dus à l'occlusion des paupières. Presque en même temps, Krafft-Ebing (33) cite quelques cas de son expérience.

En 1889, Frankl-Hochwart (21) publie un long article sur les psychoses après les opérations oculaires où il essaye de faire une étude d'ensemble de ces phénomènes d'après 31 observations, qu'il range en quatre groupes. Malheureusement ses observations sont très incomplètes la plupart du temps.

1er groupe: Confusion hallucinatoire chez des individus de 30 à 90 ans, ne faisant aucun excès alcoolique. Il place dans ce groupe quinze cas, dont 13 extractions de cataracte, une iridectomie et une énucléation. Il s'agit de cinq femmes de 30 à 45 ans et de dix hommes de 55 à 90 ans, sauf un de 39 ans. Le délire débute six fois dans les 24 heures, les autres fois il est plutôt tardif, son début variant de deux jours à trois semaines. Il revêt tantôt la forme de manie aiguë, tantôt celle de mélancolie présentant les symptômes les plus violents chez les individus les plus jeunes. Son évolution est très variable; en général le délire dure peu et disparaît au bout de un ou deux jours; son pronostic est favorable, cependant comme l'a fait remarquer Elschnig l'issue n'est pas toujours aussi heureuse et il rapporte deux cas de la pratique du professeur Schnabel où le délire s'améliora rapidement, mais où l'on apprit quelque temps après, le suicide des malades. Sur douze des malades que Frankl Hochwart put suivre, quatre furent guéris au bout de quelques jours. Mais chez les huit autres, la psychose persista pendant des semaines, des mois, dans un cas pendant des années. Et Frankl remarque que l'aliénation mentale dure d'autant plus longtemps, que les individus atteints sont plus jeunes.

Deuxième groupe : confusion simple des vieillards. — Dans ce groupe il réunit six cas, tous des opérés de cataracte de 57 à 77 ans, chez lesquels le délire débute en général de bonne heure après l'opération et est caractérisé par de la confusion d'idée, sans hallucinations, c'est en un mot un délire tout à fait comparable au « délire sans fièvre des

viellards » de Durand Fardel et Geist (26). Le pronostic n'est plutôt pas favorable : trois fois il survient de la démence.

Troisième groupe : Psychoses par alcoolisme chronique. — Ce groupe contient sept observations d'individus dont six furent opérés de cataracte, et un d'iridectomie. Cinq ont de 50 à 60 ans, un 80 ans, l'autre 38 ans. Le début des accidents est plus précoce chez les alcooliques et caractérisé par des hallucinations. Le pronostic en est généralement favorable et le retour à l'état antérieur a lieu au bout de six à douze jours.

Quatrième groupe : Confusion chez des individus très marastiques avec autres maladies somatiques intercurrentes et mort. — Les trois malades de ce groupe sont des épuisés, l'un par cachexie cancéreuse, les deux autres par cachexie pulmonaire. Le délire est un délire d'inanition qui se termine par la mort.

Frankl Hochwart se demande alors quelle est la cause de ces délires ?

Après avoir rappelé l'opinion de Dupuytren et celle de Wunderlich, il pense que s'il n'est plus possible de faire, comme eux, du délire nerveux un ensemble spécifique de symptômes, on ne peut nier non plus, malgré l'opinion de Rose (52), l'influence de l'opération sur la production du délire chez des individus exempts de toute tare alcoolique. D'ailleurs ce délire opératoire est admis d'une façon générale par les auteurs. Il suffit pour s'en convaincre, de parcourir les travaux de Landerer (35), Schmidt Rimpler (57), Billroth (5), de Langenbeck, Lœssen et Furstner (23), de Werth (70), etc.

Puis, considérant la fréquence relative du délire après les opérations oculaires, il se demande ce que ces opérations ont de remarquable pour entraîner si souvent de l'aliénation mentale.

Les interventions sur les yeux, lésant les terminaisons des nerfs sensibles qui relient l'œil à maints endroits du cerveau, peuvent produire directement une excitation capable d'engendrer du délire et peut-être l'œil est-il un organe particulièrement dangereux ?

Puis, à côté de cette action directe de l'opération, Frankl étudie l'influence de l'obscurité, du repos absolu, de la séparation complète du monde extérieur. Plus l'opération exige une cure d'obscurité rigoureuse et plus l'aliénation mentale est fréquente, ce qui explique que la cataracte entraîne plus souvent du délire que toutes les autres opérations oculaires.

Le grand âge des opérés doit aussi attirer l'attention, mais il ne faut pas oublier qu'on voit des individus non alcooliques atteints de délire post-opératoire entre 30 et 40 ans.

Enfin, il faut peut être aussi tenir compte de ce fait, que les hommes ont une crainte très grande de la perte complète de la vision.

Telles sont résumées les idées de Frankl Hochwart.

En 1890, Cheatham (11) publie un cas de délire aigu après énucléation.

La même année Calderon (9) relate un cas de délire après extraction de cataracte et l'attribue à l'alcoolisme.

A la séance du 7 mai 1890 de la Société française d'Ophtalmologie, Parinaud (46) appelle l'attention sur le délire

des opérés de cataracte apparaissant le troisième jour. Il l'attribue pour la plus grande part à l'occlusion des yeux, sans nier cependant l'influence de l'opération, de la préoccupation du malade, de la privation d'aliments. Le résultat opératoire est ordinairement bon, et il conclut qu'il faut étudier les malades avant de les opérer et leur épargner une occlusion trop prolongée.

Au cours de la discussion qui suivit, M. Grandclément (30) admet l'action de l'atropine, M. Chibret (12) l'occlusion, l'atropine et en plus l'alcoolisme. Armaignac appuie l'opinion de Parinaud, en citant un cas où la suppression du pansement amena la disparition du délire. Galezowski (24) croit à l'influence néfaste de l'atropine et ne laisse le bandeau que trois jours. Parinaud conclut qu'à son avis on exagère l'action de l'atropine.

Le 3 juin de la même année, à la séance de la Société d'Ophtalmologie de Paris, nouvelle discussion à propos d'une observation présentée par M. Valude (61), qui avait déjà publié en 1884, un cas d' « éveil d'un état de mal hystéro-épileptique avec troubles intellectuels consécutifs à la suite d'une énucléation de l'œil ». — Il s'agit cette fois d'un cas de délire après double iridectomie anti-glaucomateuse chez une femme indemne d'alcoolisme. Le délire dure deux jours et ne disparaît que lorsque le bandeau est enlevé.

Gillet de Grammont (21) cite un cas semblable chez une diabétique opérée de cataracte et en fait un délire famélique qui disparaît dès que la malade a mangé.

Vignes (63) croit qu'il s'agit de prédisposition individuelle.

Gorecki (29) rapporte un cas de délire atropinique chez une femme qui n'était pas alcoolique et chez qui on pratiqua l'occlusion d'un seul œil.

Enfin Parinaud croit qu'il existe plusieurs facteurs étiologiques, mais que la prédisposition doit entrer en première ligne.

Dans la même année, Malgat analyse le travail publié par le Dr Salvator Angelo Ledda (54), de Cagliari, sur le délire des opérés de cataracte. Il relate deux observations où le délire est manifestement dû à l'action de l'atropine et recherche ensuite quelles sont les causes qui peuvent produire ce délire. Elles sont multiples, dit-il. « Il faut sur-« tout admettre une prédisposition aux troubles cérébraux, « conséquence de la constitution ou des abus alcooliques. « Cette idiosyncrasie existant, il suffit ou de l'obscurité, « ou de l'impression morale produite par la crainte de « ne pas recouvrer la vue, ou de la diète, ou de l'atropine, « pour produire le délire.» Il conseille de donner comme traitement préventif une solution de chloral ou de bromure de potassium.

En 1893, Valude (61) reprend la question du délire post-opératoire et constate que l'accord n'est pas fait sur son origine. Il fait remarquer qu'à la Société d'Ophtalmologie de Paris, l'année précédente, à côté de l'occlusion des yeux, de l'atropine, de l'alcoolisme, l'inanition des opérés a rallié le plus de suffrages. Il rapporte ensuite deux cas de délire, l'un chez un malade opéré de glaucome où l'on ne peut invoquer ni l'atropine, ni l'alcoolisme, ni l'inanition ; l'autre chez un alcoolique opéré de cataracte, qui délire la première nuit et pendant quatre jours : il avait déjà eu

une crise semblable à l'occasion d'une fracture de jambe.

En 1894, Martin (44), de Bordeaux, étudie le délire nerveux de Dupuytren, laissant de côté le delirium tremens et les cas de folie véritable du professeur Mairet (42) ; il attache la plus grande importance à la diète que l'on impose aux opérés. Il s'élève contre cette pratique, qui arrive à produire un véritable délire d'inanition et conseille, au contraire, un régime tonique. Il considère l'alcoolisme comme la cause prédisposante des psychoses et la suppression de l'alcool habituel comme la cause occasionnelle.

La même année, Dujardin (14) publie une observation intéressante en ce que le délire est suivi de mort. Il s'agit d'un individu de 57 ans, opéré de cataracte. Le délire débute le soir même, se calme dans la journée suivante et se reproduit chaque nuit avec une intensité de plus en plus grande et que rien ne calme. Il s'agissait d'accès de delirium tremens chez un alcoolique avéré. La mort survint la quatrième nuit.

En 1895, Loevy (39), dans un long article attribue de nouveau le délire au traitement dans l'obscurité.

Au cours de la même année, Santos Fernandez (55), de la Havane, fait une communication à la Société d'Ophtalmologie de Paris et cite sept observations, dont deux ayant trait à des femmes, cinq à des hommes, tous opérés de cataracte, d'âge variant de 47 à 84 ans. Dans quatre cas, le délire apparaît aussitôt le bandage posé, dans un cas, au bout de vingt-quatre heures. Deux fois le délire peut être attribué à l'intoxication atropinique. Dans trois cas, il disparaît au bout de deux jours avec la suppression du pansement, une fois il se produit de la démence sénile, une fois l'œil

s'atrophie. Les deux autres délires atropiniques cessent avec la suppssion de l'atropine. Et l'auteur conclut que ce délire est dû surtout au port du bandage occlusif ; il ajoute que l'instillation d'atropine peut être parfois mise en cause et qu'en somme l'étiologie du délire est multiple.

En même temps, Simi (59) cite deux cas de délire : l'un après trépanation de la cornée, apparaît le premier jour, l'autre après double iridectomie, au bout de 36 heures. Il conclut à un délire déterminé par l'opération elle-même.

En 1896, Bourgeois (7), de Reims, publie quatre cas de troubles cérébraux après l'opération de la cataracte ; les accidents sont causés, dit-il, par l'opération chez des individus prédisposés par la sénilité ou l'alcoolisme, le changement d'habitude, l'immobilité, l'occlusion des yeux.

En 1899, Fromaget (22) signale à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, l'observation d'un vieillard de 77 ans qui, après l'extraction de la cataracte, fut pris pendant deux jours d'accès de délire avec diminution de la quantité des urines : 250 à 300 c^{m3} par 24 heures, constipation, langue saburrale. Il conclut que le délire était dû à une intoxication rénale et intestinale, car il cessa grâce à l'administration d'un purgatif et au régime lacté.

La même année, Rau (49), à la Société d'Ophtalmologie de Berlin, rapporte le cas d'une dame de 75 ans, qui présenta, la nuit qui suivit l'extraction de cataracte, un état d'excitation accompagné d'hallucinations qui cédèrent à la morphine et au chlorol ; l'atropine ne peut être incriminée. Comme Hirschberg, Rau attribue ce délire à l'équilibre instable des vieillards chez lesquels il suffit de bander les

yeux pour obtenir un état d'excitation plus ou moins prononcé.

Au Congrès d'Ophtalmologie de Paris, le 2 mai 1899, Guende (31) fait une communication sur le délire consécutif à l'opération de la cataracte. Il en rapporte d'abord deux cas chez des alcooliques avérés de 60 à 69 ans, apparus le deuxième jour chez l'un, le soir du troisième chez l'autre. C'est le délire classique des alcooliques, délire hallucinatoire susceptible d'apparaître sous des influences diverses, traumatismes, troubles digestifs, etc.

Il cite ensuite deux cas de délire chez de véritables vésaniques. Enfin, quatre observations chez des individus exempts d'alcoolisme et de tares cérébrales, trois opérés de cataracte, un énucléé, de 60 à 64 ans, chez qui le délire débute du premier au cinquième jour et cesse avec l'enlèvement du bandeau. Guende fait remarquer l'influence du décubitus dorsal et des phénomènes hypostatiques qui en résultent, surtout chez les vieillards. Sans doute il faut tenir compte de la prédisposition, mais la plupart des délirants sont simplement des vieillards relevant de leur état psychique sénile, chez qui l'émotivité est spécialement excitée par la suppression brusque de la vision. C'est ce qu'il appelle le délire émotif par défaut d'excitation sensorielle. A son avis, l'agitation légère après l'opération de la cataracte, est fréquente et d'un pronostic favorable.

Dans la discussion qui suivit, Motais (45) cite un cas de délire atropinique. Il croit que ce délire est dû la plupart du temps à la sénilité et attribuable à l'émotion, au séjour dans l'obscurité. Il cite deux cas de mort dans le coma diabétique. Sulzer rappelle un cas de délire chez une femme

de 92 ans, avec hallucinations intenses, impulsion au suicide, le deuxième jour après l'extraction de la cataracte. Il suffit de l'entourer de ses filles pour faire disparaître tous les symptômes.

En 1900, Fromaget (22) revient sur les délires post-opératoires en ophtalmologie. Après avoir rappelé les différents travaux parus sur ce sujet et discuté les conclusions étiologiques des auteurs, il constate que toutes les causes invoquées ne reposent sur aucune base scientifique, et que pas une fois on n'a fait un examen sérieux et complet des malades.

Il remarque que pas une fois dans toutes ces pathogénies, on n'a invoqué l'intoxication, dont Régis et Chevallier Lavaure (51) signalent l'importance dans les folies post-opératoires au congrès des aliénistes de la Rochelle en 1893.

Ayant éliminé tous les cas douteux, il ne s'occupe que des délires qui résultent nettement de l'opération chez des gens n'ayant aucune tare. Sans revenir sur le cas qu'il a publié en 1899, il analyse longuement une observation où il établit que le délire est produit par une auto intoxication d'origine urémique. Nous reprendrons ce cas en étudiant l'étiologie. Nous citerons seulement les conclusions de son travail. Ces délires survenant la nuit pour disparaître ou s'atténuer le jour, suivant leur intensité, sont des délires oniriques, présentant les caractères généraux des délires toxiques étudiés par Regis. Leur cause est l'auto-intoxication par urémie et infection intestinale favorisée par le mauvais fonctionnement des émonctoires chez les gens âgés. Les délirants sont presque toujours des opérés

de cataracte, parce que ce sont les plus vieux malades. L'émotion, le séjour au lit sont les causes indirectes des troubles de nutrition. Quant à l'occlusion, elle agit seulement en favorisant l'hypnose, qui favorise les rêves favorisant à leur tour le délire.

L'année suivante, Trousseau (64), à propos de quelques cas de mort après l'opération de la cataracte, recherche quelle part il faut attribuer au traumatisme opératoire dans ces terminaisons fatales. « Il n'est pas à priori, très « facile, dit-il, d'admettre qu'une simple section cornéenne « puisse conduire à une terminaison fatale, mais de nom « breux faits de délire post-opératoire prouve qu'il y a « quelque chose. C'est ce quelque chose que nos efforts « doivent tendre à déterminer d'une façon lucide. »

Pour lui la cause initiale de ces désordres est la commotion nerveuse et le séjour au lit. Il admet de nombreux facteurs à cette commotion : préoccupation, crainte de la douleur, peur de compromettre le résultat opératoire par des mouvements intempestifs, terreur de l'occlusion binoculaire, de l'obscurité, doute sur les résultats, changements d'habitude, etc. Le séjour au lit, redoutable aux vieillards, favorise les congestions, surtout aux poumons.

Il cite ensuite trois observations, l'une chez une dame de 80 ans, opérée de cataracte, qui délire le deuxième jour, présente de la fièvre, de la sécheresse de la langue et chez qui on diagnostique une congestion pulmonaire dont l'issue fut fatale. La seconde chez un homme de 89 ans, qui délire le troisième jour après l'opération de cataracte. La langue est sèche, le malade fait un début de congestion

pulmonaire qui guérit. Il mourut de pneumonie à la suite de l'opération sur l'autre œil. Dans ces deux cas, le délire était symptomatique d'une maladie des poumons, comme il le fut du coma diabétique chez les malades de Motais, d'une maladie des reins chez les malades de Fromaget et chez le troisième patient de Trousseau, vieillard de 87 ans, sans tare aucune, qui délire le lendemain de son extraction de cataracte, présente de l'oligurie, de l'anurie, et meurt le septième jour au milieu d'accidents urémiques.

Trousseau se rallie pour expliquer ces faits à l'opinion de Fromaget et cite l'autopsie de Webster (68) chez un individu de 67 ans, mort dans le délire le dix-septième jour après l'extraction de cataracte, chez qui on trouve une atrophie des reins.

En 1904, Finlay (20) publie un cas de délire après l'opération de cataracte et le classe à côté de ceux de Fromaget, l'attribuant à une intoxication d'origine rénale. Il s'agit d'une femme de 66 ans sans antécédents alcooliques.

En 1905, M. le Professeur de Lapersonne, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu (1), à propos d'une observation que nous reproduisons plus loin, reprend tout au long la question qui nous occupe, et montre que de la multiplicité des causes il faut dégager deux groupes d'inégale importance, en première ligne les causes créatrices, en deuxième les causes occasionnelles. Nous nous inspirerons largement dans notre travail des idées émises par notre maître.

En 1906, Santos Fernandez (55) rapporte un nouveau cas de délire chez un malade atteint de cataracte double,

(1) Clinique inédite que M. le Professeur de Lapersonne a mise très aimablement à notre disposition.

opéré une première fois en 1905 sans incidents, et qui opéré de nouveau en février 1906, délire le troisième jour. On découvre un œil, on donne une petite quantité de cognac, le délire diminue sans cesser et ne disparaît que le huitième jour ; les urines ne contenaient pas d'albumine.

Enfin en 1909, Trousseau (64) résume l'état de la question dans un nouvel article où il constate la fréquence du délire chez les opérés de cataracte, surtout chez les sujets âgés, exception faite des alcooliques. Il énumère les différentes sortes de délire, remarque que le pronostic souvent favorable peut cependant parfois être grave, compromettre le succès opératoire et entraîner la mort. Il étudie sa pathogénie qui est multiple : atropine, alcoolisme, névropathies, démence, diabète, complications pulmonaires, obscurité, urémie, et conclut que si on a si longtemps erré sur cette question, c'est qu'on a voulu chercher la cause et non les causes du phénomène.

OBSERVATIONS

Douze des observations que nous rapportons sont prises dans les archives du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, dirigé par M. le Docteur Morax, qui les a obligeamment mises à notre disposition. La dernière nous a été communiquée par M. le Professeur de Lapersonne.

Observation I.

M..., femme de 73 ans, opérée de cataracte, le 14 juin 1905, par Dr Morax ; extraction du cristallin à la cocaïne sans incidents.

Le lendemain, 15 *juin*, tout est normal ; la chambre antérieure est rétablie ; il n'y a pas de réaction oculaire.

Le délire apparaît le soir du 15, pour durer jusqu'au 17 juin. C'est un délire tranquille.

On lui donne du chloral, on lui met un monocle et tout rentre dans l'ordre.

L'observation ne relate aucun antécédent névropathique.

Observation II (n° 11.770) (1).

M. Jean L..., 75 ans, entre le 18 juillet 1905, dans le service ophtalmologique de Lariboisière, pour une cataracte de l'œil droit, avec hypertonie, ayant débuté il y a un an.

(1) Numéro du Registre de la consultation de Lariboisière

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Le 19 *juillet*, M. le Dr Morax pratique l'extraction, avec iridectomie, sans incidents.

Vers 4 h. 1/2 du soir, le malade est agité, il retire son pansement sans s'en rendre compte.

A 8 heures, il crie, est de plus en plus agité, veut se lever et s'en aller. On lui donne du chloral; il se calme et passe une nuit tranquille.

Le 20 au matin, on refait son pansement et on lui remplace son binocle par un monocle.

Le 21, le malade est calme, l'œil ne présente aucune réaction. On lui remet son monocle. La langue est saburrale.

Le 30, le malade quitte l'hôpital tout à fait rétabli.

Le 11 *octobre* 1905, il est opéré de nouveau de l'œil gauche, sans présenter aucun symptôme de délire.

Observation III (n° 15.486).

M. Henry B..., 63 ans, journalier, entre dans le service le 15 mai 1906, avec une cataracte complète de l'œil gauche.

En juin 1900, à la mort de sa fille, il a eu un accès de délire aigu qui a duré 12 heures. On a été obligé de le maintenir. Il croyait mourir.

La vue a commencé à baisser de l'œil gauche, il y a 6 ans, et depuis 3 mois la vision est presque nulle.

Actuellement, de l'œil gauche, le malade voit passer la main à 10 centim. Les réflexes pupillaires sont normaux, la projection lumineuse cst bonne.

L'acuité visuelle de l'œil droit est presque normale.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 16 *mai* 1906. Extraction combinée par le Dr Morax, sans incidents.

Dans la soirée, vers 6 heures du soir, le malade a été pris de dé-

liré et d'agitation, qui ont duré toute la nuit et qui duraient encore le matin au moment de la visite.

Le malade a enlevé son pansement, et pour le maintenir au lit, on a été obligé de l'attacher. Il se croyait persécuté, accusait le personnel, croyait qu'on allait le tuer, parlait d'une manière continue, mais incohérente.

L'œil était grand ouvert, avec un léger suintement sanguin. La plaie était coaptée, mais la chambre antérieure n'était pas rétablie.

Le pouls était à 120. On lui met un monocle et on lui fait une injection de 1 centigr. de morphine.

Vers midi, le malade se calme et le délire n'a plus reparu.

Malheureusement ce seul accès a suffi à compromettre le résultat opératoire.

Le 18, on refait le pansement, la chambre antérieure est effacée. Il y a un léger trouble de la cornée, un peu de sensibilité oculaire, un peu de gonflement palpébral.

Le 19, il n'y a pas de réaction manifeste, la cornée cependant est un peu trouble. On lui met de la pilocarpine.

Ls 21, il n'y a pas de douleurs, l'œil n'est pas sensible, il y a un léger trouble pupillaire sans réaction irienne, le gonflement palpébral est presque nul, et l'œil n'est pas sensible à la lumière, on met un monocle.

Le 25, la tension est normale, la plaie coaptée, la cornée transparente, le fond de l'œil inéclairable. A l'éclairage oblique, on constate un exsudat dans la cristalloide. Il n'y a pas de perception lumineuse.

Le 28, la cornée est tout à fait transparente.

Le 31, l'œil ne présente plus aucune sensibilité à la pression, mais la V = o. Le malade part le 1er *juin*.

Observation IV (n° 16.365).

M. Auguste M..., 65 ans, se présente pour la première fois dans le service d'ophtalmologie, le 8 février 1907, avec une cataracte regressive de l'œil droit et une cataracte centrale de l'œil gauche.

Il ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires et personnels.

Le 9 *février*, extraction combinée par le Dr Morax sur l'œil droit.

Les suites opératoires sont normales.

Le 5 juin 1907, le Dr Morax lui fait sur l'œil gauche l'extraction combinée sans incidents.

Dans la nuit qui suit l'opération, le malade a été agité, a défait son pansement. On lui refait un pansement binoculaire le 6 juin au matin.

Le 7 au matin, le pansement est de nouveau défait. On lui refait un monocle.

La température est un peu élevée 38,4.

Le 8, le malade est encore un peu agité, il a très mal dormi. L'œil ne présente aucune réaction, on lui donne des lunettes noires sans pansement.

Le calme continue et le malade quitte l'hôpital le 11 *juin*, tout à fait guéri.

Observation V (n° 21.904).

M. Edmond L..., journalier, 72 ans, vient à la consultation, le 3 septembre 1907, où l'on diagnostique une cataracte bilatérale. Il y a 10 ans que la vue baisse ; depuis 6 mois, le malade ne voit plus.

OD V = 2 opts à 1 m.

OG V = 1 opt à m.

La projection est bonne.

Il n'y a ni sucre ni albumine.

Le 12 *septembre*, le Dr Poulard pratique sur l'œil droit l'extraction combinée.

Le malade est calme dans la nuit qui suit l'opération.

La nuit du 13 au 14 *septembre*, il a été agité, il s'est levé. On lui met un monocle, l'œil est en parfait état. Le calme continue jusqu'à la sortie, le 18 septembre.

Observation VI (n° 21,888).

M. Louis D..., 67 ans, journalier, vient à la consultation le 28 août 1907 et l'on diagnostique une cataracte de l'œil gauche.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 21 septembre, extraction combinée sur l'œil gauche, par le Dr Morax. Pas d'incidents.

La nuit qui suit l'opération, le malade a été agité, a défait son pansement. On lui refait un pansement binoculaire et, le 24 septembre, il s'en va guéri.

Observation VII (n° 24.166).

Mme Amélie T..., 72 ans, entre dans le service, le 11 février 1908, avec une cataracte de l'œil droit.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

La malade présente une opacification complète du cristallin à droite avec des réactions pupillaires normales, une bonne projection ; elle voit seulement les mouvements de la main à 0m50 ; l'œil gauche a toujours été plus faible et a seulement une acuité visuelle de 5/25 avec un cylindre de — 6 D a 0°.

Le 12 *février*, le Dr Morax pratique l'extraction combinée à la cocaïne sans incidents.

Le 13, l'état est bon, la malade a seulement quelques tremblements des mains. Dans l'après-midi, elle est prise de délire, elle veut se lever, donne deux clefs à l'infirmier croyant que c'était son mari.

Le 14, elle présente encore un peu de confusion mentale, on lui fait prendre du chloral et on lui met un pansement monoculaire. Elle est calme et dort bien la nuit.

Le 15, elle est assoupie, sommeille depuis huit heures du matin

jusqu'à l'heure de la visite. La langue est sèche, le pouls à 88. On l'ausculte, elle ne présente aucune lésion pulmonaire. On la fait lever.

Le 16, la malade est beaucoup plus calme depuis qu'elle a été levée. Plus d'agitation, ni de fièvre.

On la lève deux heures le matin et pendant l'après-midi.

Le 17, la nuit a été bonne ; plus d'agitation, ni de confusion mentale. Bon colobome, aucune réaction, pas de sensibilité oculaire.

Elle s'en va, le 18 février, tout à fait guérie et n'a plus présenté de phénomènes d'aliénation mentale depuis.

Observation VIII (n° 24.811).

Mme Léonie L..., 40 ans, atteinte de cataracte bilatérale, entre dans le service, le 16 mars 1908.

Antécédents héréditaires : sa mère a été opérée de cataracte à 62 ans, son père est bien portant.

Antécédents personnels : fièvre scarlatine à 26 ans; mariée depuis 15 ans, n'a pas d'enfants, n'a pas eu de fausses couches.

Caractère facile, plutôt nerveux ; a eu autrefois des crises de nerfs; avant son mariage, à la suite d'une contrariété, est restée quatre jours au lit. Souffre depuis deux mois de la région ovarienne. Aucune sensibilité à la pression, dans cette région.

Il y a trois ans que la vue a commencé à baisser du côté droit, sans que la malade s'aperçoive qu'elle n'y voyait pas du côté gauche. A droite, elle voit passer la main, à gauche, elle compte les doigts à un mètre.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 17 *mars*, le Dr Morax pratique l'extraction combinée à la cocaïne sans incidents.

Après l'opération, la malade est très calme pendant tout l'après-midi. M. Carlotti, l'interne, la voit à 6 heures du soir et elle lui répond très bien qu'elle ne souffre pas.

A 11 heures du soir, la malade qui n'avait pris que du lait et une

pilule de podophyllin à 5 h. 1/2, est prise de vomissements bilieux répétés (10 fois au moins). A trois heures du matin, elle commence à être agitée. Elle croit qu'il y a quelqu'un au bout de son lit, elle entend son souffle : elle croit entendre des coups de revolver.

Elle s'agite, se lève dans son lit. Et jusqu'au moment de la visite, le 18 mars, même délire de paroles et d'actions. Elle cherche à mordre l'infirmier, le prenant pour son mari. Trois femmes sont obligées de la maintenir dans son lit. Elle prend le personnel pour ses voisins.

Elle a quelques coliques et de la diarrhée, elle s'est plainte d'avoir froid; mais ne s'est pas plainte de son œil. On ne touche pas à son pansement.

Le 19, la malade présente une légère teinte subictérique.

Température axillaire, 37,9. Pouls, 104, régulier. Langue légèrement saburrale.

On lui a mis la veille au soir un pansement monoculaire. Comme l'œil opéré présente une chambre antérieure non reformée, bien qu'il n'y ait aucune réaction palpébrale, ni conjonctivale, on remet à la malade un pansement binoculaire.

Dans la journée, elle a encore du délire de persécution. Elle prend l'infirmier qui est auprès d'elle, pour le commissaire de police. Quand on passe devant elle, elle dit : mon ventre est plutôt mieux.

Pendant la nuit, le délire est plus violent encore, surtout vers 9 heures du soir. Malgré la veilleuse, elle se lève et ce sont les autres malades qui sont obligées de la remettre dans son lit. On lui donne deux cuillerées de sirop de chloral.

Le 20, au matin, elle est plus calme, mais touche continuellement à son pansement.

Pas de température, pouls à 80. Langue toujours un peu saburrale.

L'œil ne présente aucune réaction, la chambre antérieure est rétablie, il n'y a pas de photophobie.

La malade a refusé de voir son mari qui venait la voir.

On lui met un peu d'atropine et un monocle. La malade a été plus calme.

Le 21, quand on lui demande comment elle va : « Comme toujours, dit-elle, si on ne m'avait pas changée de lit. Lorsque je me suis réveillée, je n'étais plus dans le même lit. On m'a ligottée, mon corps est tout bleu, et pourtant je ne suis pas folle, je n'ai aucune maladie. Enfin, je ne dis rien, c'est une petite vengeance ».

Elle a dit hier qu'on lui réclamait 1000 francs pour l'opération.

La langue est moins chargée, le pansement maintenu avec du diachylon a bien tenu.

Les urines sont un peu colorées.

Pouls : 84. A été à la selle avec un lavement.

Elle a un peu dormi sans chloral, ni morphine.

A partir de 5 heures du soir, la malade est tout à fait calme. Elle a dit : « Tiens, je me retrouve ici ». Elle se croyait dans une salle à manger. Elle s'est excusée d'avoir été agitée et s'est bien rendu compte de son état d'agitation. Elle a vu son mari et a passé une bonne nuit.

Le 26. — Pouls : 100. La chambre antérieure est effacée, quelques masses pupillaires. Aucune réaction.

Les urines ont été analysées, elles ne présentent pas de pigments biliaires, pas de sucre, ni d'albumine.

On lui donne des lunettes.

La nuit est calme, dort bien.

Le 23, la malade est calme, l'œil est en bon état.

Le 24, la malade continue à être calme. L'œil est en bon état, la pupille est perméable, la tension normale, il n'y a pas de sensibilité à la pression.

La malade quitte le service.

On la revoit à la consultation, le 14 avril, n'ayant présenté aucuns troubles cérébraux depuis sa sortie, avec un bon colobome et une chambre antérieure rétablie.

Observation IX (24.343).

M. Prosper R..., 76 ans, atteint de cataracte de l'œil gauche, entre dans le service, le 12 mai 1908.

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. C'est un vieillard bien portant, ne présentant pas de stigmates d'alcoolisme et qui ne fait pas d'excès.

L'œil gauche présente une cataracte mûre avec bonne projection, l'œil droit, quelques opacités périphériques avec une acuité de 5/25.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 13 *mai*, le Dr Morax pratique l'extraction combinée à la cocaïne.

Le malade a été très agité pendant la nuit; il a eu de la diarrhée, et des crises d'étouffements.

Le 14 au matin, le pansement est défait, mais il n'y a pas de douleurs oculaires. On lui refait un binocle.

La nuit est encore très agitée. Vers 11 heures du soir, il se lève, croyant être volé par la veilleuse de nuit, qu'il accusait de sentir l'alcool.

Le 15, pas de douleurs oculaires, aucune réaction palpébrale, pas de sécrétion. On lui met un monocle.

La nuit est calme, le malade dort bien.

Le 16, aucune agitation, plus de délire, l'œil s'ouvre bien, la plaie est normale, la chambre antérieure n'est pas encore rétablie. On lui instille quelques gouttes d'atropine et on lui remet un monocle.

Pendant la nuit, le malade est encore un peu agité, sans délire.

Le 17, la chambre antérieure est rétablie, aucune réaction oculaire. On lui met de l'atropine et un monocle.

Le 11, le malade quitte l'hôpital n'ayant jamais présenté de fièvre.

Nous avons revu ce malade qui se porte bien malgré son grand âge, et qui possède actuellement une acuité de 5/7,50 avec + 10D et cyl. + 3D axe 0° de l'œil opéré.

Observation X (n° 286.31).

Mme Joséphine C..., 68 ans, ménagère, entre dans le service le 6 octobre 1908, avec une cataracte bilatérale et leucome cornéen ancien de l'œil gauche.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Les antécédents personnels sont plus intéressants : la malade est d'origine arthritique, a eu de la sciatique ou un zona. Elle rêve beaucoup et voit en rêve des gens qui cherchent à lui faire du mal.

Elle est très nerveuse et a été très inquiétée par la pensée qu'elle allait devoir se faire opérer. Pendant les 15 jours qui ont précédé l'opération, elle y pensait sans cesse et avec frayeur. Elle n'est pas alcoolique.

Le 7 *octobre* 1908, le Dr Morax pratique l'extraction combinée à la cocaïne sans incident, sur l'œil gauche.

Le 8 tout est normal, la malade ne souffre pas. Dans l'après-midi, vers 5 heures, elle est prise de délire, ne sait plus où elle est, se croit perdue. A 6 heures, elle voulait qu'on éteigne la lampe, elle ne se reconnaît pas dans son lit. A partir de 8 heures du soir elle se calme.

Elle a été à la selle.

Le 9, elle ne souffre pas des yeux, on refait son pansement et on lui met un monocle sur l'œil gauche.

Le 10, la malade n'est plus agitée et reste calme jusqu'à sa guérison, bien que son petit-fils, en l'embrassant, ait contusionné son œil gauche et rouvert la cicatrice ; le 14 octobre, la chambre antérieure est refermée et la malade ne souffre pas.

Ce jour-là, le Dr Morax pratique l'extraction combinée sur l'œil droit sans incidents. Les suites opératoires sont normales, il n'y a pas de délire, la malade quitte l'hôpital le 25 octobre, avec :

$$OG + 10\ D\ V = 1/50$$
$$OD + 10\ D\ V = 5/50$$

Le 8 *décembre*, elle revient à la consultation et on constate des masses secondaires abondantes dans l'œil droit.

Le 12, le Dr Morax lui fait l'extraction de la capsule.

Dans la nuit qui suit l'opération, la malade est agitée.

Le 13, elle présente un léger état mental ; elle croit voir qu'on lui fait des grimaces.

La chambre antérieure est rétablie, il n'y a aucune irritation.

Le 14, elle est tout à fait bien, l'œil ne présente aucune réaction, on lui donne des lunettes.

Et le 15, elle quitte l'hôpital avec 0D + 11 D V = 5/25.

Cette malade, que nous avons revue, n'a jamais eu de troubles cérébraux depuis son opération et se porte actuellement très bien.

Observation XI (n° 29.880).

Mme Marie G..., se présente à la consultation d'ophtolmologie, le 30 octobre 1908, où l'on diagnostique une cataracte de l'œil droit.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Le 8 *décembre*, le Dr Morax pratique sur l'œil droit l'extraction combinée à la cocaïne, sans incidents.

Dans l'après-midi, la malade a vomi son potage, s'est plainte de douleurs dans le côté droit de la tête, a un peu dormi.

Le 10, sent peu son œil.

Le 12, la malade dit avoir souffert la nuit précédente, l'œil ne présente aucune réaction, ni douleur au contact. La malade ouvre bien les yeux ; il y a un léger pincement irien, dans la partie nasale de l'incision. On lui met un binocle.

Le 13, la malade est prise, à 5 heures, d'un délire léger, on lui met un monocle, malgré cela le délire persiste, elle croit qu'on va la tuer, elle offre de payer pour qu'on ne la tue pas. La nuit n'est pas mauvaise.

Le 14 au matin, elle veut se lever et partir, lorsqu'on veut lui refaire son pansement, elle dit : « Ce n'est pas la peine, on va venir me chercher ».

L'œil est toujours en bon état.

On lui donne 0,50 de véronal.

La malade a peu dormi malgré le véronal ; elle s'est levée pour apprendre à marcher, dit-elle. N'a presque pas causé.

Le 15 au matin, elle est plus calme.

Le 17, la malade, qui a bien dormi la nuit précédente, est plus calme, n'a plus de délire.

Le 24, la malade qui était très calme a été reprise de délire léger, elle se plaint de souffrir de partout, en particulier de l'estomac.

L'œil est en bon état.

La température n'a jamais monté au-dessus de 37,6.

La malade s'en va guérie.

Observation XII (n° 29.390).

Mme Adèle S..., 71 ans, entre à l'hôpital, le 30 octobre 1908, pour une cataracte de l'œil droit, compliquée d'hypertonie.

L'œil gauche a été opéré de cataracte, il y a 12 ans, sans incidents.

L'œil droit présente une cataracte datant de longtemps. La malade ne s'est décidée à consulter qu'à l'apparition des douleurs hypertoniques.

Le 3 *novembre,* le Dr Morax lui fait une sclérotomie antérieure à la cocaïne ; la malade a été soulagée 36 heures et elle recommence à souffrir le 5 novembre.

Le 11, le Dr Morax pratique, sur l'œil droit, l'extraction combinée, sous le chloroforme. On est obligé de sortir le noyau luxé avec l'anse de Snellen, la malade a un commencement d'asphyxie. On lui met un binocle.

Le 12, la malade a des idées délirantes à partir de 6 heures du soir; elle sentait le chloroforme, elle croyait qu'on voulait l'opérer à nouveau ; elle a un peu dormi la nuit.

Le 13, on lui donne un œil pour la calmer, malgré cela, le matin il existe encore un peu d'excitation.

L'œil n'est pas douloureux.

La fin de la convalescence a été normale.

Observation XIII.

(Communiquée par M. le Professeur de Lapersonne).

Il s'agit d'une femme, Françoise M..., âgée de 81 ans, qui entre dans le service de l'Hôtel-Dieu, le 7 février 1905, pour une cataracte de l'œil gauche.

C'est une petite vieille alerte, vive, très droite qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu 9 enfants dont deux seulement sont vivants. Elle n'a jamais fait de maladie grave et sa fille déclare qu'elle a toujours été très nerveuse, très vive, « n'a jamais pu rester en place ».

Depuis que sa vue commençait à baisser, elle s'irritait fréquemment de son état, bien que dès l'âge de 45 ans elle ait fait usage de lunettes. Depuis un an elle avait parfois de petites absences de mémoire. Quand sa fille la chargeait, la veille, de commissions pour le lendemain, il lui arrivait parfois de les oublier.

Elle n'avait cependant pas de troubles notables avant son entrée à l'hôpital.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Elle est opérée le 9 février sans incidents. Elle est très calme pendant l'opération et pendant la journée qui la suit. Le 10, vers 2 heures du soir, elle est un peu agitée, parle constamment. Mais dans la nuit du 11 au 12 février, vers 9 heures du soir, elle se lève brusquement, se croît chez elle, marche dans la salle, arrache son pansement en criant au voleur, à l'assassin. On la recouche et on est forcé de l'enrouler dans un drap, pour l'empêcher de toucher à son œil, qu'elle a quand même contusionné. Elle crie, dit des injures, crache à la figure des infirmières. Le Dr Monthus prévient par téléphone le Professeur de Lapersonne qui répond d'enlever le bandeau, de donner une purgation et de la séparer des autres opérés de la chambre noire. C'était déjà fait. L'interne de garde appelé vers 5 heures du matin l'avait fait transporter à la salle des agités chez le Dr Gilbert Ballet.

Là elle raconte qu'on l'a maltraitée, battue, et enfermée dans un cercueil.

La journée est encore un peu agitée. La malade veut sortir de la salle. Quand on lui demande ou elle se trouve, dans quel hôpital, si elle a été opérée, elle ne peut le dire.

Le soir elle se calme, passe une bonne nuit et le lendemain matin commence à se retrouver, et reconnaît quand on insiste un peu, les personnes qui l'ont soignée à la clinique d'ophtalmologie.

Trois jours après, le 15 février, sauf un peu d'amnésie, elle est tout à fait rétablie ; elle doute à ce moment de ses hallucinations et quand elle les raconte, elle dit toujours : « il m'a semblé que ».

Le point de départ, la cause occasionnelle paraît avoir été en rêve. Elle dormait, rêvant qu'elle était chez elle. Elle se lève, ne se reconnaît plus, enlève son bandeau pour s'orienter. A ce moment elle est saisie par l'infirmière qui la recouche. C'est là qu'elle a puisé l'idée d'un guet-apens. Immobilisée par l'alèze, les deux yeux bandés, il lui a semblé qu'elle était mise dans un cercueil.

La malade n'est point cardiaque, on ne peut incriminer l'atropine qui n'a pas été instillée.

C'est donc un délire post-opératoire à caractère onirique chez un vieillard.

Le résultat opératoire a été bon et la malade n'a pas eu de troubles psychiques depuis.

PATHOGÉNIE et ÉTIOLOGIE

Nous n'essayerons pas d'expliquer par quels phénomènes se produit le délire. Cela nous entraînerait tout à fait en dehors de notre sujet et nous nous contenterons seulement à ce propos de rappeler la curieuse hypothèse de Schmidt-Rimpler (57) que nous avons exposée au long dans notre premier chapitre, par laquelle il explique la production des hallucinations visuelles chez les gens que l'on prive subitement de la vue par un pansement occlusif binoculaire par exemple. L'action de contrôle normalement exercée par le sens de la vue sur les images et les idées formées dans le cerveau n'existe plus, et comme ces images et ces idées ont une tendance constante à se réaliser, toute image tend à produire une hallucination, toute idée une idée fixe.

Peu nous importe d'ailleurs le mécanisme du délire sur lequel on a émis les hypothèses les plus variées. Nous allons essayer d'en dégager les causes, car c'est sur une connaissance aussi parfaite que possible de ces dernieres, que nous pourrons baser les indications de la prophylaxie et du traitement du délire.

Nous avons trouvé dans la littérature un grand nombre de cas de délire après l'opération de cataracte. Malheureu-

sement il existe à peine quelques statistiques nous apportant d'ailleurs des résultats bien contradictoires. Schnabel en 1883 publie la statistique de sa clinique d'Innsbrück et donne pour 183 extractions de cataracte, 12 cas de délire, soit 6,5 pour 100. Il cite en même temps celle de la clinique de Jœger à Vienne, et ne trouve plus que 11 cas de délire pour 1500 opérés soit 0,75 pour 100 seulement. Hirschberg a observé une moyenne de 3 pour 100 de délire après l'opération de la cataracte. La proportion varie notablement avec les auteurs, M. le Professeur de Lapersonne le considère comme une rareté. Si nous nous en rapportons au résultat de nos investigations dans le service du Dr Morax à Lariboisière, nous trouvons de 1905 inclusivement à 1909 exclusivement, 361 opérations de cataracte sur un total général de 1178 opérations, et 12 cas de délire, soit une moyenne de 3,32 pour 100.

On peut dire d'une façon générale, que le délire, apparaît surtout chez les gens âgés. Cela s'explique d'ailleurs par ce fait que presque tous les opérés de cataracte sont des vieillards. Sur nos 12 opérés, 10 ont au-dessus de 60 ans, de 63 à 76 ans. Les deux autres ont, l'un 58 ans, l'autre 46 ans. Il y a donc des cas où le délire apparaît chez des gens relativement jeunes. Ce sont alors surtout des délires d'origine alcoolique. Cependant Franckl Hochwart cite 7 cas de délire survenu de 30 à 50 ans chez des individus qui n'étaient pas alcooliques.

Le sexe a-t-il une influence? Sur 12 cas nous avons six hommes et six femmes. Sur 28 cas rapportés par Frankl Hochwart, il y a seulement six femmes.

L'étude des travaux des divers auteurs qui se sont

occupés du délire post-opératoire, nous a convaincu que l'entente était loin d'être faite au sujet de l'étiologie de ce trouble psychique. On a invoqué les causes les plus diverses, et chacun de ceux qui ont étudié le délire, a voulu lui donner une cause unique et démontrer la valeur de celle-ci à l'exclusion de toutes les autres.

C'est seulement à la fin du XIX[e] siècle, que Guende (31) et Santos Fernandez (55) ont conçu la multiplicité des causes du délire post-opératoire, mais sans mettre clairement en relief, l'importance relative de chacune d'elle. M. le Professeur de Lapersonne, en 1905, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, comme nous l'avons dit déjà, montre qu'il ne faut pas mettre sur le même plan toutes les causes habituellement citées. Il en fait deux groupes, l'un le plus important, les causes d'ordre général : la prédisposition nevropathique, la senilité, toutes les intoxications, l'autre qu'il met au second rang, les causes occasionnelles particulières aux opérés : les préoccupations du malade, l'obscurité, le bandeau binoculaire, la diète. Et nous croyons avec notre maître, qu'il faut nécessairement que les premières existent, pour que les secondes puissent produire le délire. Sans cela tous les opérés de cataracte devraient délirer.

Et à ce propos se pose tout naturellement la question de l'importance étiologique de l'opération elle-même.

S'agit-il d'une simple coïncidence ? Nous ne le pensons pas ; les cas que nous avons rapportés, ceux que nous trouvons dans la littérature médicale sont trop nombreux, pour qu'il n'y ait pas entre ces deux faits, l'opération et le délire, un rapport étroit dû à autre chose qu'à un simple hasard.

C'est d'ailleurs l'opinion de Mairet (42), de Le Dentu (38), soutenue par Vene (62) dans sa thèse, et plus récemment celle de Picqué et Briand (8).

Mais ce point étant fixé, quel rôle joue l'opération ? Est-elle capable à elle seule, de créer le délire ou n'en est-elle que la cause occasionnelle ou provocatrice ? C'est la question que cherche à résoudre le Professeur Mairet en 1889. Il admet l'action de l'opération comme cause occasionnelle ou provocatrice, mais fait des restrictions sur son pouvoir créateur, et finalement admet la nécessité d'une prédisposition.

Si comme l'admettent Parinaud et Simi, il faut reconnaître à l'opération le rôle de cause occasionnelle, il est bien difficile d'admettre qu'une opération aussi simple que celle de la cataracte, puisse à elle seule créer le délire. En effet, dans la plupart des cas, l'extraction se fait après une simple instillation de cocaïne sans anesthésie générale, et le schock opératoire est aussi minime que possible.

Il est vrai que Frankl-Hochwart, fait remarquer que l'œil par ses connections multiples avec le cerveau, est peut-être un organe particulièrement dangereux. Peut-être la lésion des nerfs de l'œil agit-elle directement sur le cerveau pour produire une excitation qui amènera une perturbation dans l'équilibre psychique. Mais ce ne sont là que des hypothèses, et nous ne pouvons déterminer quelle est la part qui revient à l'opération.

Nous ne la considérons que comme une cause occasionnelle à l'égal de celles que nous avons citées, et dont l'action est elle-même subordonnée à l'existence des causes générales que nous allons étudier maintenant.

Sans vouloir nous arrêter au délire des déments proprement dits, nous retrouvons dans bien des cas, une *prédisposition névropathique* héréditaire ou acquise très nette. C'est aller un peu loin, croyons-nous, que d'admettre cette prédisposition, dans tous les cas comme l'a fait Truelle (65). Mais nous la retrouvons très caractéristique dans deux de nos observations. Le malade de l'observation III a eu un accès de délire qui a duré 24 heures, à la mort de sa fille. Celle de notre observation VIII, a eu une crise de nerf avant son mariage, elle s'est plainte de douleurs dans la région ovarienne, elle a un caractère très nerveux. D'ailleurs Vignes (63), Borelli (6), Parinaud (46) signalent des faits semblables.

A côté de la prédisposition névropathique il faut placer, sur le même rang, la *sénilité*. Il est remarquable que le délire apparaît surtout chez les gens âgés. D'ailleurs presque tous les opérés de cataracte sont des vieillards présentant comme le dit Hirschberg (32) « un équilibre cérébral instable ». Il suffit de leur bander les yeux pour obtenir un état d'excitation plus ou moins prononcé. Guende (3) est du même avis, et conclut que « la plupart des délirants sont simplement des vieillards relevant uniquement de leur état psychique sénile ». Il insiste sur leur émotivité spéciale, qui peut être mise en jeu par les causes occasionnelles que nous étudierons tout à l'heure, et tout spécialement par la suppression brusque de la vision, le changement d'habitude, etc. Schnabel (56) attire l'attention sur les troubles circulatoires dans le cerveau atrophié des vieillards, troubles amenant de l'anémie cérébrale et favorisant le délire. Les vieillards sont presque

tous des artério-scléreux, chez qui la circulation est difficile et troublée par le moindre traumatisme.

Enfin, à ces deux causes, il faut ajouter *toutes les intoxications* depuis les remarquables travaux de Régis et Chevallier Lavaure (51), présentés en 1893, au Congrès des aliénistes de la Rochelle. Qu'elles soient de nature exogène ou endogène, elles jouent un rôle considérable dans la production des délires post-opératoires et méritent d'être placées sur le même plan que l'hérédité névropathique et la sénilité.

Les agents de *l'intoxication exogène* se réduisent dans le cas particulier de l'opération de cataracte à un très petit nombre. En effet, on n'emploie la plupart du temps aucun antiseptique dans le traitement des suites opératoires; presque jamais non plus on n'a recours à l'anesthésie par le chlorforme, et l'on pourrait seulement incriminer l'action de la *cocaïne*. Il est indéniable que la cocaïne produit du délire avec hallucination, mais s'il est vraisemblable de lui imputer de tels accidents quand ils apparaissent après une injection, même unique, il est bien difficile de le faire quand il s'agit seulement d'une instillation oculaire. D'ailleurs, personne n'a songé à incriminer la cocaïne.

Par contre, on a souvent invoqué l'action de *l'atropine*. Nous n'avons pas d'observations personnelles à ce sujet, mais il est certain que l'atropine produit une intoxication qui se traduit par des phénomènes hallucinatoires se rapprochant du délire. Gorecki (29) en rapporte un cas en 1890 à la Société d'Ophtalmologie de Paris, Grandclément (30) et Galezowski (24) en signalent de nouveaux cas la même année

à la Société française d'Ophtalmologie. Le Dr Salvator Angelo Ledda (54) en cite deux cas, où l'action de l'atropine est manifeste ; Santos Fernandez en rapporte trois cas, tous chez des opérés de cataracte. Mais ces faits sont rares et cette étiologie peut être bien peu souvent invoquée, car la plupart des opérés de cataracte n'ont pas été atropinisés. Ce n'est donc qu'un accident qui n'a aucun rapport avec le délire post-opératoire, si ce n'est peut-être qu'il se développe plus facilement des troubles d'intoxication atropinique chez les individus ébranlés par l'opération.

A côté de l'intoxication par l'atropine, nous placerons *l'intoxication par l'alcool*, qui peut aussi produire des crises de délire, d'autant plus facilement que le traumatisme opératoire le plus minime est capable de les faire éclater. Quelques auteurs ont voulu voir dans le délire post-opératoire un délire exclusivement alcoolique. Ce fut l'opinion de Rose (52), combattant le délire nerveux de Dupuytren. Ce fut aussi celle de Broca et Festal (19). Sans doute, on a pu invoquer bien souvent l'alcoolisme pour expliquer les délires post-opératoires, les observations de Frankl Hochwart (21), de Guende (31), de Calderon (9), de Santos Fernandez (55), nous le montrent, mais tous les délirants ne sont pas des alcooliques et nous n'en avons pas un sur nos douze opérés. Et puis l'opération n'a pas joué un autre rôle qu'auraient joué un traumatisme quelconque, une maladie, une émotion vive, un sentiment violent.

Le travail de Fromaget (22), en 1900, a attiré l'attention des ophtalmologistes sur l'importance de *l'auto-intoxication*, qu'elle soit d'origine rénale, intestinale ou hépatique, à propos de la genèse du délire post-opératoire. Appliquant

les idées de Régis aux délires post-opératoires en ophtalmologie, Fromaget regarde l'intoxication comme leur cause prédominante pour ne pas dire unique. Il rapporte tout au long deux observations de délire après opération de cataracte, chez des malades qui manifestement font de l'urémie et de l'infection intestinale. La quantité d'urine émise est considérablement diminuée, la constipation est opiniâtre. Finlay (20), en 1904, cite une observation semblable, et Trousseau (64) en a observé lui-même un cas qui fut mortel. Il faut rapprocher de ces faits le délire observé par Motais (45) chez un diabétique, délire qui annonça l'apparition d'un coma mortel. Nous ne nierons pas l'influence considérable de ces auto-intoxications chez les opérés de cataracte, qui sont presque tous des vieillards, chez qui, par conséquent, les émonctoires fonctionnent mal, qui ont tendance à faire de la congestion hypostatique, de la constipation avec ses accidents graves, de l'hypourie ou même de l'anurie. Nous avons d'ailleurs, dans nos observations, la huitième, qui présente assez nettement les caractères de l'intoxication gastro-intestinale. Nous verrons plus loin que le délire toxique revêt une forme spéciale, c'est le délire onirique.

Le terrrain étant ainsi préparé par l'hérédité névropathique, la sénilité ou les intoxications, on comprend bien qu'elle va être l'action tout occasionnelle des causes dont il nous reste à parler.

Ces causes, qui dépendent de l'opération et de ses suites, devaient tout naturellement attirer l'attention des premiers observateurs et être placées par eux au premier rang.

Ils devaient notamment être frappés par l'influence de l'occlusion sévère qu'à cette époque on imposait aux opérés

de cataracte. Aussi voyons-nous Sichel attribuer le délire de ses opérés de cataracte à l'obscurité imposée aux malades par le port d'un bandage binoculaire. Ce fait devait les frapper d'autant plus qu'à la suppression de l'occlusion ils constataient presque toujours la disparition du délire. Cette opinion partagée par les premiers observateurs a eu jusqu'à présent de nombreux défenseurs.

Schmidt Rimpler (57) en a fait le sujet d'un long article que nous avons analysé déjà où il démontre l'influence de l'obscurité sur la production du délire chez deux malades non opérés, maintenus dans la chambre noire. L'occlusion des yeux au moyen du bandage binoculaire, dit-il, produit le délire en faisant cesser subitement toute excitation lumineuse objective.

Frankl Hochwart (21) attache la plus grande importance à l'obscurité, sans vouloir en faire la cause unique. « Plus une opération demande une cure d'obscurité rigoureuse, dit-il, plus l'aliénation mentale est fréquente ; elle est fréquente après l'extraction de cataracte, plus rare après l'iridectomie antiglaucomateuse, tout à fait rare après les autres opérations oculaires. »

Il est remarquable d'ailleurs que l'obscurité influence même les gens normaux. « Dans l'obscurité nous ne sommes jamais tout à fait sains d'esprit », dit J. Muller. Chez les vieillards cette influence est plus marquée, et presque tous les opérés sont des vieillards. Enfin, on cite même quelques gens très excitables, chez qui la seule occlusion des paupières suffit à produire des hallucinations, tel le cas de Gœthe, celui de Luys, rapportés par Frankl-Hochwart.

Aussi est-il naturel que la plupart des auteurs mettent en première ligne l'influence étiologique de l'obscurité. Parinaud (46), Valude (61), Armaignac, appuient leur opinion de la constatation de la cessation du délire après l'enlèvement du pansement. C'est l'avis de Santos Fernandez (55) et de Guende (21). Schnabel (56) avait fait remarquer cependant qu'assez souvent le délire apparaissait après l'enlèvement du bandeau.

Il faut rapprocher de l'influence de l'obscurité ce fait remarquable que le plus souvent le délire débute le soir ou la nuit. Nos observations sont nettes sur ce point, puisque sur 12 cas, dix fois le délire apparaît la nuit ou le soir. Dans ces cas, souvent le délire continue les rêves que le sommeil a favorisés, c'est le délire onirique.

L'influence de l'obscurité sur la production du délire post-opératoire est indéniable, c'est entendu ; cependant tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'elle n'est pas suffisante pour produire à elle seule le délire. Sans cela tous les opérés de cataracte a qui on met un bandeau binoculaire devraient délirer.

Maintenant que nous avons vu combien est grande l'émotivité des vieillards, on comprend quelle importance peut avoir pour l'éclosion du délire le changement d'habitude, les émotions, les préoccupations, l'inquiétude avant et après l'opération, comme dans notre observation X, le repos absolu, l'isolement relatif, le changement de milieu, l'influence de l'entourage, le séjour au lit déprimant à un âge avancé (obs. VII), favorisant les hypostases, enfin dans quelques cas le régime sévère auquel on soumet le malade. Martin a voulu voir dans la diète la principale

cause du délire, avant lui Magne, Parinaud, Valude, Gillet de Grammont (28), l'avaient déjà signalée. Il ne faut pas exagérer son importance et nous pouvons assurer, connaissant le régime des opérés à Lariboisière, qu'elle n'intervient pas une seule fois dans nos observations.

Il est remarquable que presque jamais les infections post-opératoires ne produisent de délire.

SYMPTOMATOLOGIE.

Si nous essayons maintenant de préciser l'aspect clinique de ces délires, nous voyons qu'ils présentent la plus grande variété de symptômes.

Leur début lui-même ne présente pas de fixité caractéristique. Cependant il est, en général, précoce. Il nous suffit de jeter un coup d'œil sur nos observations et nous voyons que le délire débute le jour même de l'opération dans six cas sur douze ; deux fois il apparaît dans la soirée, dans l'observation II à 4 h. 1/2, dans l'observation III à 6 heures. Dans les quatre autres cas, il apparaît pendant la nuit.

Dans cinq autres cas, le délire apparaît le lendemain de l'opération deux fois dans l'après-midi, deux fois le soir et une fois la nuit. Enfin, une seule fois, il débute le cinquième jour. Comme on le voit, le début a été précoce dans tous nos cas et notre observation confirme celle de la plupart des auteurs qui s'accordent à placer l'apparition du trouble mental peu après l'opération: Parinaud (46), dans sa communication parle du délire survenant le troisième jour, voulant indiquer une moyenne et non un chiffre absolu.

Frankl Hochwart (21), il est vrai, cite des cas où le dé-

lire débuta beaucoup plus tardivement : neuf jours dans un cas, douze dans l'autre, trois semaines dans un dernier. Lanne (37) avait déjà parlé d'un délire survenu le quinzième jour. Si l'on se souvient qu'au bout de huit jours les opérés de cataracte sont en général tout à fait guéris, on peut se demander quelle est alors l'influence de l'opération sur la psychose.

Nous avons indiqué à dessein que le délire apparaissait tantôt le jour, tantôt la nuit. Cependant, les premiers symptômes semblent se montrer de préférence au moment où le jour baisse, puisque ils sont apparus cinq fois la nuit et cinq fois le soir dans nos 12 cas. Et il est d'ailleurs remarquable qu'il se produit presque toujours une exacerbation nocturne des phénomènes psychiques qui, suivant l'intensité, disparaissent ou s'atténuent pendant le jour.

Le mot délire, de « delirare : sortir du sillon » peut s'appliquer à toutes les formes de troubles psychiques. Nous le définirons avec M. le Professeur Gilbert Ballet (27) « un « état de confusion, d'incoordination des perceptions, des « idées, des actes, accompagné le plus souvent de sub- « conscience et dans lequel on ne peut trouver aucun « phénomène d'idéation prédominant d'une façon con- « stante, de manière à donner aux troubles mentaux une « teinte particulière. »

En effet, en examinant nos observations, ce qui frappe d'abord, c'est le *polymorphisme* des troubles cérébraux qui vont de la simple confusion mentale caractérisée par la perte de la notion des événements qui ont précédé, accompagné ou suivi l'acte opératoire, du lieu où se trouve le sujet, à l'excitation violente, accompagnée de paroles

incohérentes, d'hallucinations visuelles ou auditives terribles, d'insomnie, d'idées de persécution avec agitation extrême poussant la malade à se lever, à se promener dans la chambre, à arracher son pansement.

Pouvons-nous faire rentrer chacune de nos observations dans le cadre classique des délires à forme maniaque ou des délires à forme mélancolique?

Si nous exceptons quatre cas, les observations II, IV, V, VI, que l'on peut considérer comme des cas légers de manie et qui ne sont peut-être simplement que des cas de confusion mentale comme les observations I et X, nous remarquons que les six autres présentent, associés, les caractères de la manie et de la mélancolie et qu'à côté de crises terribles d'agitation, nous trouvons des idées de persécution, la crainte de la mort.

La plupart des auteurs ont remarqué ce polymorphisme et Truelle (65) disait, dans sa thèse en 1898 : « Exaltation, dépression, idées de persécution, idées ambitieuses, hallucinations, illusions, tout s'observe dans ces délires. Bien plus, dans les états d'exaltation, ce n'est jamais à la manie franche que l'on a affaire, pas plus que dans les états de dépression à la mélancolie typique, mais à des états alternant d'excitation et de dépression avec mélange d'hallucinations et d'idées de persécution, mobiles, fugaces, rarement systématisées et qu'en tout cas le malade ne poursuit pas et ne défend pas d'une logique imperturbable et qui ultérieurement n'évoluent pas. »

En 1885, Landesberg (36) publie un cas tout à fait intéressant de délire ayant présenté d'abord nettement la forme mélancolique, plainte, larmes, anxiété, et qui revêt tout à

coup la forme de manie furieuse, la malade frappant sa fille, cherchant à s'échapper.

Frankl-Hochwart (21), dans sa remarquable étude sur les délires après les opérations oculaires, fait ressortir la variété des formes chez les divers individus et chez le même individu. Il oppose à l'agitation sauvage, effrénée, la stupeur apathique ; au délire des grandeurs, la folie d'humilité ; à la joie maniaque, la tristesse avec penchant au suicide ; aux pleurs continuels, aux prières, aux plaintes, les danses, les chants, les pensées érotiques.

Il ajoute, et nos observations confirment sa manière de voir, que le délire revêt chez les vieillards une forme plus calme, que l'on a surtout affaire chez eux à des idées confuses et presque jamais à des hallucinations. Ils sont dépaysés, ne savent ce qui leur arrive, ne connaissent plus leur entourage, sont irritables et aggressifs. C'est le « délire sans fièvre des vieillards », tel que l'ont décrit, Durand Fardel (17) et Geist (26), mais qui n'est pas à proprement parler une forme spéciale à la vieillesse.

Dans la plupart de nos observations, le délire ne présente point de ces paroxysmes effrayants décrits par les auteurs, cependant deux fois, l'une, dans l'observation III, on est obligé d'attacher le malade dans son lit, et l'autre dans l'observation VIII, il faut trois femmes pour maintenir la malade.

Ces cas sont à rapprocher de celui de Zehender (71), ou l'on fut obligé de mettre la camisole de force au malade, et du délire furieux décrit par Warlomont (67) et Chistolm (13).

En général, les auteurs s'accordent à dire que les délirants n'ont aucun souvenir de leur accès, cependant

Armaignac (2) rapporte un cas, ou le malade se souvenait de son état, et la malade de notre observation VIII, a conscience d'avoir été agitée et s'en excuse.

A ces formes de délire à symptômes mal définis, que l'on ne peut fondre dans un groupe homogène et autonome, il faut joindre une nouvelle forme décrite par Fromaget (32) en 1900, ce qu'il appelle le délire onirique, délire qui présente les caractères du délire toxique de Régis (50).

Le cas rapporté tout au long par Fromaget est très net, et notre observation VIII sans présenter la même netteté, peut cependant lui être comparée, tant pour les symptômes même du délire que pour les signes physiques qui les accompagnent.

Voici le tableau, que fait M. le professeur Gilbert Ballet, d'après Régis, de cette forme de délire.

« Ce délire, dit encore onirisme hallucinatoire est marqué par un état de rêve à début nocturne caractéristique. Les rêves se composent d'images et de souvenirs tirés de la réalité, mais portant un cachet pénible et se transformant facilement en hallucinations, surtout visuelles, qui prennent fréquemment un caractère terrifiant. »

Il ajoute que cet état de rêve amène de la confusion mentale, caractérisée par la dissociation de tous les éléments de la vie psychique normale, sensations, souvenirs, idées, qui deviennent flous et incoordonnés. Le malade ne se reconnaît plus lui-même, ne sait ni où il est, ni où il va. Parfois cette confusion devient de la stupeur ou de l'hébétude, accompagnée d'une sorte de narcose toxique. De plus, il y a fréquemment de l'amnésie.

Et ce délire s'accompagne de troubles digestifs : état

saburrale de la langue, inappétence, diarrhée, congestion hépatique ; extrémités froides, teint subictérique, très souvent du tremblement que M. Gilbert Ballet, considère comme un signe important.

Cette forme doit donc rentrer maintenant dans le tableau clinique des délires post-opératoires, mais nous ne croyons pas qu'elle puisse comprendre tous les cas.

Il en est de même du délire alcoolique que nous ne pouvons passer sous silence, mais auquel beaucoup d'auteurs ont, à notre avis donné trop d'importance. Il revêt d'ailleurs une forme très spéciale et est essentiellement caractérisé par des hallucinations surtout visuelles, symptômes tellement nécessaire, dit P. Garnier (25), « qu'on peut dire qu'il n'y a pas de délire alcoolique sans troubles sensoriels ».

D'une façon générale, le délire post-opératoire est un délire sans fièvre. Quand Sichel (58) en 1863, décrivit le délire après l'opération de cataracte, il dit : « une espèce particulière de délire non fébrile... Tous les auteurs sont d'accord sur cette absence de fièvre. Cependant Vene (62), dans sa thèse de 1891, avait déjà signalé 2 cas de délire post-opératoire avec fièvre.

Chez 9 de nos malades, la température reste absolument normale ; dans un cas elle monte à 37°6 ; dans un autre à 37°9 et une seule fois à 38°4. Encore faut-il observer que très rapidement, elle redevient normale. Chez deux de nos malades, le pouls monte au-dessus de 100, une fois à 120, l'autre à 104. Dans les 2 cas il revient très vite à 80.

En somme, le délire, après l'opération de la cataracte, ne présente pas une allure clinique qui lui soit spéciale, mais emprunte ses symptômes à toutes les formes de délire, qu'on retrouve en pathologie mentale.

EVOLUTION et PRONOSTIC

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la plupart des délires après l'opération de la cataracte, présentent une évolution favorable et n'influencent aucunement la marche normale de la cicatrisation de la plaie opératoire. Cependant le délire par l'agitation qu'il détermine peut être la cause d'une contusion du globe oculaire, qui provoquera la réouverture de la plaie cornéenne, produira une hémorragie dans la chambre antérieure et favorisera l'infection, ensemble de symptômes qui peuvent entraîner la perte irremédiable de la vision. Warlomont cite un cas semblable, Santos Fernandez en rapporte un autre, et nous avons dans nos observations la troisième où le malade à la suite d'une crise unique de délire aigu fait une légère hémorragie qui compromet le résultat opératoire : la cicatrisation est lente et la perte de la vision complète.

Mais ce sont là des exceptions. Nous avons pu revoir deux des malades opérés en 1908, et tous les deux possèdent une bonne acuité visuelle, l'un 5/15 (obs. IX), l'autre 5/7,50 (obs. X). Ils n'ont eu ni l'un ni l'autre de troubles cérébraux depuis leur sortie de l'hôpital.

Dans nos observations, le délire dure peu, de quelques heures à cinq jours. Tous les délires ne sont pas aussi

favorables. Lanne, en 1863, constate que ce délire qui disparaît facilement, peut parfois devenir dangereux.

Elschnig (18) s'élève contre l'optimisme que l'on manifeste d'ordinaire en face de ce délire et rapporte deux cas de suicide chez des malades de la pratique du professeur Schnabel qui avaient été considérés comme guéris. Il cite un autre cas où le délire dura de longues semaines et où il fut nécessaire d'interner le malade dans un asile d'aliénés. Frankl Hochwart, sur 12 malades, en vit 4 guérir au bout de quelques jours, chez les 8 autres, les troubles cérébraux persistèrent, des semaines, des mois, une fois même des années. Il fait remarquer que ce sont les jeunes individus qui se remettent le plus difficilement, et que chez les vieillards, le pronostic est en général plus favorable. Pour lui, les délires alcooliques sont d'un bon pronostic. Sur 7 délirants alcooliques de sa pratique, 6 guérissent en 6 à 12 jours, il y a un seul cas de démence.

Cependant, comme le fait remarquer Trousseau (64), l'âge très avancé, au-dessus de 80 ans, est d'un mauvais pronostic, et chez les vieillards, les délires toxiques de Fromaget présentent souvent une issue fatale. Trousseau et Fromaget en citent chacun un cas et on peut en rapprocher le délire mortel dans le coma diabétique dont Motais rapporte 2 cas.

Mais ce sont là des cas très spéciaux que l'on peut à peine faire rentrer dans le cadre de notre étude, et il faut admettre que presque toujours le délire après l'opération de cataracte, dure peu et a un pronostic favorable.

TRAITEMENT

Nous allons pouvoir maintenant, essayer de tirer de la connaissance un peu plus parfaite de ce qu'est le délire post-opératoire chez les opérés de cataracte, quelques indications thérapeutiques et, s'il se peut, prophylactiques.

Notre expérience, d'accord en cela avec celle d'observateurs comme Lanne (37), Warlomont (67), Hirschberg (32), nous a montré qu'il suffit le plus souvent de combattre les symtômes, agitation et insomnie par le chloral, la morphine, le véronal, la strychnine chez les alcooliques, pour voir disparaître le délire. Il est remarquable cependant, que cette thérapeutique n'a parfois aucune action.

Il faut dans tous les cas y joindre la suppression du pansement binoculaire que l'on applique utilement aux opérés de cataracte, et son remplacement par un pansement monoculaire. La plupart du temps, cette manœuvre, très simple, suffit pour ramener le calme, comme nous le voyons dans nos observations. Cependant, ce n'est pas un moyen infaillible et chez deux de nos malades (Ob. XI et XII), le délire continua après la suppression du bandage binoculaire.

En somme, la thérapeutique doit varier comme les

causes. Sichel (58) n'avait pas tort quand il préconisait le traitement moral du délirant, essayant de le convaincre qu'il était le jouet d'une illusion; Magne (41), Martin (44), quand ils recommandaient de surveiller le régime des opérés; Guende (31), quand il indiquait de faire lever le plus vite possible les opérés impatients.

La genèse de l'apparition du délire est faite de mille petites causes qui obligent le médecin consciencieux à un examen méthodique et complet du patient, qui vient se faire opérer de cataracte.

On peut dire avec raison qu'il n'y a point un délire post-opératoire, mais des délirants. Il faut donc que l'ophtalmologiste qui va opérer un malade atteint de cataracte possède son observation complète.

Alors on n'aura plus de surprises. Et si l'on peut dire qu'il n'y a aucune contre-indication absolue à l'opération de la cataracte, on se méfiera cependant des vieillards au-dessus de 80 ans, et on ne les opèrera que dans les conditions les plus satisfaisantes.

Enfin on suivra attentivement l'opéré pendant la période post-opératoire. Et c'est dans cette étude attentive que nous voyons la véritable prophylaxie du délire.

On n'infligera plus à l'opéré un régime trop sévère (1).

Aussitôt qu'on le pourra, on remplacera le binocle par un monocle; à Lariboisière dans les cas normaux, on laisse le bandage binoculaire pendant trois jours en moyenne. On n'isolera point trop rigoureusement le malade, on lui

(1) Il n'est plus question maintenant d'imposer aux opérés de cataracte le séjour à la chambre noire. A Lariboisière les opérés sont dans des chambres claires et malgré cela le délire apparaît encore, fait qui nous démontre le peu d'influence de l'obscurité elle-même sur la production des troubles psychiques.

laissera autant qu'on le pourra son entourage ordinaire, surtout s'il s'agit d'un vieillard.

On réduira au minimum l'immobilité absolue et même dans certains cas, chez les opérés âgés, on n'exigera pas le séjour au lit, le décubitus dorsal favorisant la stase et le délire.

Enfin, on veillera au régime des opérés et on ne leur imposera pas une diète inutile. On s'en gardera surtout chez les gens habitués à prendre chaque jour une certaine quantité d'alcool, car chez eux la privation complète et subite de cet alcool, suffirait à produire le délire. Chez tous les opérés, on constituera un régime suffisant.

On n'oubliera pas non plus de surveiller les fonctions urinaires et digestives. On examinera les urines de tous les opérés, on en notera soigneusement la quantité, et si celle-ci tombe d'une façon notable au-dessous de la normale, on mettra le malade au régime lacté, on lui fera prendre de la théobromine, on instituera en un mot le traitement prophylactique de l'urémie. On veillera aussi à l'état du tube digestif et on donnera au besoin une purgation en cas de constipation.

Le délire post-opératoire chez les opérés de cataracte, deviendra une rareté dans la pratique de l'ophtalmologiste qui prendra les précautions que nous venons d'indiquer, et les quelques cas qui pourront se produire, guériront rapidement, laissant intact le résultat opératoire.

CONCLUSIONS

1° Le délire qui suit l'opération de la cataracte n'est qu'une variété des délires post-opératoires.

2° Il débute en général d'une façon précoce, le plus souvent la nuit et ne s'accompagne pas de température.

3° Il est fréquent surtout chez les vieillards, et notre statistique du service de Lariboisière, nous le montre apparaissant dans une proportion de 3,32 pour 100 des cataractes opérées.

4° Les causes sont multiples : les unes d'ordre général et que nous mettrons au premier plan, la prédisposition névropathique, la sénilité, toutes les intoxications; les autres d'ordre particulier aux opérés, sont plutôt des causes occasionnelles : les préoccupations du malade, l'obscurité, l'influence du bandeau binoculaire, l'isolement, le séjour au lit, l'influence de l'entourage, enfin la diète.

5° Il revêt le plus grand polymorphisme symptomatologique, présentant presque toujours associés, les caractères de la manie et de la mélancolie, allant de la simple con-

fusion mentale, du délire de rêves ou onirisme, jusqu'à l'agitation violente, aux hallucinations terrifiantes des alcooliques.

6° Le plus souvent le pronostic oculaire est bon. Cependant le délire par l'agitation qu'il amène, peut être cause de contusion du globe oculaire, retarder la cicatrisation, produire de l'hyphema, favoriser parfois l'infection, accidents qui peuvent compromettre irremédiablement le résultat opératoire.

7° La meilleure prophylaxie c'est, avant l'opération, l'examen complet du malade et, après l'opération, la surveillance attentive de l'opéré.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Arlt.** — Græfe Sœmisch, *Handbuch*, Bd. III, 1874.
2. **Armaignac.** — *Revue clinique d'oculistique*, 1881.
3. **Ball.** — Dictionnaire de Dechambre, T. XXVI, p. 376.
4. **Becker.** — *Zwanzig Jahre Klinische Thätigkeit.* Bergmann, 1888.
5. **Billroth** et **Langenbeck.** — In Billroth, Winiwarter, *Allgemeine chirurg. Pathol.* 1883.
6. **Borelli.** — Nouveau cas de délire consécutif à l'extraction de la cataracte. *Giornale Ophtalm. Italiano*, 1863.
7. **Bourgeois.** — Troubles cérébraux après l'opération de cataracte. *Recueil d'ophtalmologie*, 1896.
8. **Briant** et **Picqué.** — *Annales medico psychiques*, t. VIII, p. 249.
9. **Calderon.** — Del delirio consecutivo a la operacion de la catarata. *Revista clinica de los Hòspitales,* 1890.
10. **Chaillou.** — *Du délire nerveux.* Thèse de Paris, 1833.
11. **Cheatham.** — Acute mania following the enucleation of an Eye. *Archives of ophthalmology,* 1890.
12. **Chibret.** — Discussion de la Société française d'ophtalmologie, *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 208.
13. **Chistolm.** — Manie traumatique consécutive à l'extraction de la cataracte. *Annales d'oculistique*, t. LXXI, p. 98.
14. **Dujardin.** — Délire suivi de mort après une opération de cataracte. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1894.
15. **Duplay.** — De la folie post-opératoire. *Presse Médicale*, juin 1899.

16. **Dupuytren.** — *Leçons de clinique chirurgicale*, 2e édition, 1819, t. II, p. 231.

— 1819. *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux* (mémoire sur les fractures de l'extrémité inf. du péroné), p. 145-149.

— *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 55-180, 1832.

17. **Durand-Fardel.** — *Traité des maladies des vieillards.*

18. **Elschnig.** — *Wiener medicinische Blätter*, 1887.

19. **Festal.** — *Etude sur le délire nerveux traumatique.* Thèse de Paris, 1877.

20. **Finlay.** — Délire consécutif à une opération de cataracte. *Archives of Ophthalmology*, 1904.

21. **Frankl-Hochwart.** — Les psychoses, suite d'opérations sur les yeux. *Jahrbücher fur Psychiatrie*, Bd. IX, 1889.

22. **Fromaget.** — Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. *Ann. d'oculistique*, 1899.

— Les délires post-opératoires en ophtalmologie. *Annales d'oculistique*, 1900.

23. **Furstner** et **Lossen.** — *Berliner klinische. Wochenschrift*, n° 34, 1880.

24. **Galezowski.** — Discussion à la Société française d'ophtalmologie. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 208.

25. **Garnier.** — Le délire alcoolique. *Recueil d'ophtalmologie*, 1890.

26. **Geist.** — *Clinique des maladies des vieillards* 1860.

27. **Gilbert-Ballet.** — Traité de pathologie mentale.

28. **Gillet de Grammont.** — Discussion à la société française d'ophtalmologie. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 208.

29. **Gorecki.** — *Bull. de la soc. d'ophtalmologie de Paris*, 1890.

30. **Grandclément.** — *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 208.

31. **Griesinger.** — *Pathologie der psychischen Krankheiten*, 1871.

31 *bis* **Guende.** — Du délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Recueil d'ophtalmologie*, 1899.

32. **Hirschberg.** — Un cas de délire après iridectomie anti-glaucomateuse. *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1885.

33. **Krafft-Ebing**. — *Lehrbuch für Psychatrie*, 1888.

34. **Kretschmer**. — *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1887.

35. **Landerer**. — Anal. in *Centralblatt f, Chirurgie*, 1885.

36. **Landesberg**. — Contribution à l'étude des troubles psychiques transitoires après l'opération de cataracte. *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1885.

37. **Lanne**. — Délire nerveux à la suite de l'extraction de la cataracte. *Gazette des Hôpitaux*, n° 57, 1863.

38. **Le Dentu**. — Des délires post-opératoires. *Médecine moderne*, n° 4 et 5, janvier 1891.

39. **Lœwy**. — Geistesstörung nach Cataractxtraction. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1896.

40. **Lunkienicz**. — Mania nach der Kataraktoperation. Protokoll des Kaukas. med. Gesells., n° 17, 1877.

41. **Magne**. — Délire après l'opération de cataracte. *Bulletin de thérapeutique*, 1863.

42. **Mairet**. — Folie post-opératoire. *Bulletin médical*, n° 68-69, 1889.

43. **Marlier**. — *La folie post-opératoire*. Thèse de Paris, 1897.

44. **Martin**. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 15, 22, 29 avril et 6 mai 1894.

45. **Motais**. — Discussion au Congrès d'ophtalmologie, in *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1899.

46. **Parinaud**. — *Bull. de la Soc. française d'ophtalmologie*, 1890.

47. **Picqué**. — Du délire psychique post-opératoire. *Recueil d'ophtalmologie*, p. 241, 1898.

48. **Pittorelli**. — Sul delirio consecutivo all'estrazione della catarata, annotazioni supra una memoria del Dot. Saltini da Sceciato. Piacenza, t. III, p. 149.

49. **Rau**. — Communication à la Société d'ophtalmologie de Berlin. *Recueil d'ophtalmologie*, t. 121, 1899.

50. **Regis**. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article : folie sympathique, 1884.

— Les psychoses d'intoxication. *Archives de Neurologie*, 1899.

51. **Regis** et **Chevallier-Lavaure**. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Congrès des Med. Aliénistes*, 1893.

52. **Rose**. — Delirium tremens, delir. traumat. *Deutsche Chirurgie*, Lief. VII, 1885.

53. **Roure**. — *Annales d'oculistique*, 1907.

54. **Salvator Angelo Ledda**. — Le délire chez les opérés de cataracte. *Recueil d'ophtalmologie*, 1890, p. 398.

55. **Santos-Fernandez**. — Le délire après l'opération de la cataracte. *Recueil d'ophtalmologie*, 1895, p. 103.

— *Academias de ciençias medicas de la Habana*, 1877.

— *Cronica medico quirurgica de la Habana*, 1878.

— *New York medical Journal*, 1878.

— *Anales de oftalmologia*, 1906.

56. **Schnabel**. — Bericht des Innsbrücher naturwissenschaftlichen Vereins, 1880.

57. **Schmidt-Rimpler**. — Délire après l'occlusion des yeux et dans la chambre noire. *Archiv für Psychiatrie*, Bd. IX, 1879.

58. **Sichel**. — Sur une espèce de délire sénile qui survient parfois après l'extraction de la cataracte. *Union médicale*. Janvier 1863.

— *Journal de Médecine mentale* de Delasiauve, t. III, p. 68.

59. **Simi**. — *Bolletina d'oculistica*, 1895.

60. **Sousa-Refoios**. — Alienação mental apos a extração de cataracta dupla. *Rev. de med. et cirurg.* Lisbonne, 1894.

61. **Valude**. — *France médicale*, n° 1884.

— *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 432.

— Compte-rendu de la Société médicale du VII^e^ arrondissement. *Recueil d'ophtalmologie*, 1893, p. 57.

62. **Vene**. — *Délire post-opératoire*. Thèse de Paris, 1891.

63. **Vignes**. — *Revue générale d'ophtalmologie*, 1890, p. 432.

64. **Trousseau**. — Cas de mort après l'opération de cataracte. *Annales d'oculistique*, 1901.

— *Journal de médecine et de Chirurgie*, t. 80, 10 février 1909.

65. **Truelle.** — *Les psychoses dites post-opératoires*, thèse de Paris, 1898.
66. **Wagner.** — *Jahrb. für Psychiatrie*, 1889.
67. **Warlomont.** — *Annales d'oculistique*, t. LIV, 1865.
68. **Webster.** — *Archiv of. Ophthalmologie*, XVIII, 4.
69. **de Wecker** et **Landolt**. — Ophtalmologie, t. II, p. 1048.
70. **Werth**. — *Arch. of Gynecology*, 1888.
71. **Zehender.** — *Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1863.

TABLE DES MATIÉRES

INTRODUCTION 7

HISTORIQUE 11

OBSERVATIONS 31

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE 45

SYMPTOMATOLOGIE 56

EVOLUTION ET PRONOSTIC 63

TRAITEMENT 65

CONCLUSIONS 69

BIBLIOGRAPHIE 71

VU :
Le Doyen,
LANDOUZY.

VU :
Le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Le Mans — Imprimerie Monnoyer.